10

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THESE

N° 245

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

PAUL HELOT

Né à Rouen, le 4 Juin 1901

QUELQUES CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

SUR LA PROLONGATION

DE

La Cloison nasale dans le Naso-Pharynx

Président : GOSSET, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1928

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/quelquesconsider0000vari_x6m4

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THESE

N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

PAUL HELOT

Né à Rouen, le 4 Juin 1901

QUELQUES CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

SUR LA PROLONGATION

DE

La Cloison nasale dans le Naso-Pharynx

Président : GOSSET, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1928

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène	N.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	RRANCA.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.

II. — AGRÉGES EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiâtrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmolcgie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie
TANON	Pathologie médicale.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	GOUGEROT . . .	Clinique médicale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON ARRIÈRE-GRAND-PÈRE

Le Docteur Jules HELOT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chirurgien des hopitaux de Rouen

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

Le Docteur Paul HELOT

Oto-rhino-laryngologiste

Chirurgien des hopitaux de Rouen

A MON PÈRE

Le Docteur René HELOT

Médecin chef du service oto-rhino-laryngologique

de l'hospice général de Rouen

A M. le Docteur GOSSET

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur agrégé a la Faculté de Médecine
de Paris
Chirurgien de la Salpêtrière
Grand Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire le grand honneur de présider notre thèse.

Le Docteur Jacob, médecin-chef de l'école départementale de perfectionnement d'Yvetot pour les enfants anormaux des deux sexes, envoya en 1926, dans le service oto-rhino-laryngologique de l'Hospice-Général de Rouen, huit enfants atteints de gêne respiratoire nasale, pour rechercher chez eux la présence de végétations adénoïdes. Trois de ces enfants présentaient un naso-pharynx très peu développé, à voûte surbaissée. En présence de ce fait on pouvait se demander si cette conformation de la voûte du pharynx n'était pas particulièrement fréquente chez les arriérés.

Cela ayant attiré notre attention nous avons examiné à l'école d'Yvetot, trente-cinq de ces enfants de huit à dix-huit ans. Chez cinq nous avons trouvé un petit naso-pharynx, mais ce qui nous a le plus frappé c'est que chez douze d'entre eux la cloison nasale se prolongeait dans le pharynx de façon anormale et divisait sa partie supérieure en deux cavités.

Mis en éveil par cette anomalie nous l'avons recherchée et trouvée également mais dans une proportion plutôt moindre chez des enfants normaux et chez des adultes. La prolongation de la cloison peut donc diviser la partie supérieure du pharynx en deux récessus dont la profondeur varie avec la hauteur du prolongement de la cloison. Il existe des

cloisonnements typiques rares et des cas moins prononcés où la cloison tout en ayant dans le naso-pharynx une hauteur plus petite mais anormale peut provoquer des troubles respiratoires et auditifs, gêner l'ablation des végétations adénoïdes et entraver les bons résultats de cette opération.

***

Nous avions pensé faire une étude anatomique de la prolongation du bord postérieur du vomer divisant le naso-pharynx, mais devant l'intérêt clinique que nous avons trouvé à ce sujet en poursuivant nos recherches, nous avons résolu de n'envisager que ce côté pratique de la question. Un cloisonnement du naso-pharynx pouvant, dans certaines circonstances, déterminer des troubles respiratoires et auditifs comparables à ceux qui sont dus à la présence de végétations adénoïdes.

***

Avant de commencer ce travail, notre reconnaissance va vers notre père dont les conseils nous ont été si précieux pendant nos études oto-rhino-laryngologiques, qui nous a donné le sujet de cette thèse et qui nous a guidé au cours de notre travail.

Nous tenons à remercier M. le Docteur Lubet Barbon, commandeur de la Légion d'Honneur, qui fut l'ami de notre grand-père et le maître de notre père,

pour les leçons si claires et si précises que nous avons reçues de lui et pour la façon aimable dont nous avons toujours été accueilli dans sa clinique. Nous associons à nos remerciements ses collaborateurs les docteurs Weissmann, Veillard, Le March'hadour, Fiocre, Labernadie, Chabert.

A notre maître M. le Docteur Fernand Lemaître, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis, officier de la Légion d'Honneur, nous adressons l'expression de notre sincère gratitude pour l'enseignement clinique et déontologique si intéressant que nous avons reçu de lui et pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée dans son service.

Notre souvenir va vers notre premier maître M. le Docteur Jeanne, chirurgien des hôpitaux de Rouen, qu'une mort prématurée a fait disparaître du corps médical Rouennais.

A nos maîtres dans les hôpitaux de Rouen : M. le docteur Halipré, chevalier de la Légion d'Honneur, médecin des hôpitaux de Rouen, directeur de l'Ecole de Médecine de Rouen, M. le Docteur Loisel, médecin des hôpitaux de Rouen, M. le docteur Payenneville, chevalier de la Légion d'Honneur, dermatologiste des hôpitaux de Rouen; et à nos maîtres dans les hôpitaux de Paris, nous sommes heureux de pouvoir témoigner notre reconnaissance.

I

Historique

Moldenhauer dans son *Traité des maladies du pharynx nasal*, Sieur et Jacob, dans leur livre sur l'anatomie des fosses nasales, pour ne citer que ces auteurs, ont signalé la division du naso-pharynx par le prolongement de la cloison nasale. Moure, dans un travail paru dans la *Revue hebdomadaire de laryngologie*, de 1901, mentionne cette conformation du pharynx : « quelquefois quand l'obliquité du bord postérieur du vomer est assez prononcée, l'extrémité supérieure de cet os formant cloison vient diviser le récessus en deux loges latérales, c'est ce qu'on pourrait appeler des pharynx à récessus biloculaires ». Mais dans ces descriptions des différentes formes de la voûte pharyngée, il ne s'arrête pas particulièrement sur ces cas.

Escat, dans sa thèse de 1894 : *Evolution et transformations de la cavité naso-pharyngienne*, remarque que l'inclinaison du bord postérieur du vomer

(angle palato-vomérien) varie dans le même sens que l'angle facial. Chez certains animaux (les ruminants en particulier) Luschka observe que le pharynx est absolument divisé par la prolongation du septum nasal.

Quelques rhinologistes (Baratoux, Chatellier, entre autres) ont admis que le bord postérieur du vomer, incliné chez l'enfant se relève chez l'adulte ; ces observations dont nous ne contesterons pas la valeur, souffre cependant de nombreuses exceptions, mais il est certain que chez l'enfant le pharynx à voûte surbaissée se rencontre plus fréquemment que chez l'adulte.

Notons, d'ailleurs, que l'inclinaison du bord postérieur du vomer ne signifie pas toujours division du pharynx comme nous le ferons remarquer.

Nous ne nous arrêterons pas à ces différentes théories n'ayant en vue ici que le côté clinique de la question.

Des observations parues sur ce sujet au point de vue de ses rapports avec l'adénotomie seront signalées plus loin dans les observations.

Le cloisonnement du naso-pharynx

Nous avons particulièrement en vue, dans ce travail, les cas de cloisonnement du pharynx par inclinaison du bord postérieur du vomer et non les tractus muqueux qu'on peut rencontrer quelquefois. Ces derniers nous ont semblé d'une grande rareté et d'un intérêt moins grand, ne résistant pas au curettage du cavum par les méthodes habituelles.

Nous rappellerons que normalement : « le bord postérieur ou choanal de la cloison nasale est dirigé de haut en bas et d'arrière en avant. Il décrit une légère courbe dont la concavité regarde le pharynx. Au moment où il va s'arc-bouter au sphénoïde il s'épaissit et se divise en deux éperons compacts qui s'étalent sur la face inférieure du corps du sphénoïde plus ou moins loin renforçant la paroi inférieure de cet os » (Sieur et Jacob).

Dans les cas que nous étudions, la partie postérieure de la cloison se prolonge non seulement dans

le naso-pharynx sous forme d'un arc-boutant falciforme, mais cette faulx ayant une hauteur d'au moins un centimètre et s'étendant jusqu'à la paroi postérieure divise le naso-pharynx en deux récessus dont la profondeur varie avec le développement en hauteur du prolongement de la cloison.

Nous retrouverons d'ailleurs les deux éperons signalés par Sieur et Jacob à l'état normal ; mais ils sont ici exagérés et prennent souvent, revêtus de leur muqueuse, un grand développement, comme nous le constaterons à propos des moulages du pharynx.

Il faut d'abord remarquer qu'en aucun cas la cloison ne conserve dans le pharynx la hauteur qu'elle avait dans les fosses nasales. Son bord postérieur forme toujours une courbure à concavité postérieure et ses dimensions verticales diminuent en se rapprochant de la paroi postérieure du pharynx.

*
* *

Nous classerons en deux groupes les cas de prolongement de la cloison divisant le rhino-pharynx

Dans le premier nous mettrons les cas typiques où le naso-pharynx est divisé par une cloison haute.

Dans le second nous décrirons les cas moins accentués où la cloison divise cependant la voûte du pharynx.

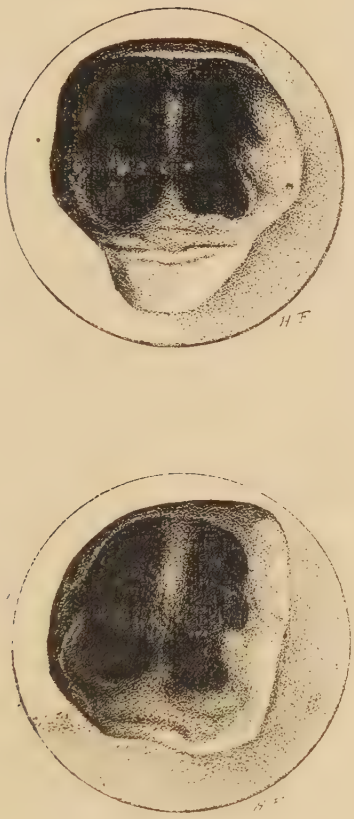
Grand cloisonnement. — La cloison nasale se prolonge dans le pharynx en y conservant presque

toute sa hauteur. Le bord postérieur du vomer est à peu près horizontal et le pharynx conserve sa profondeur normale il est donc divise en deux grands récessus.

Nous n'avons pas pu pratiquer, dans ces cas, le moulage du pharynx ; mais par comparaison avec d'autres que nous avons faits on peut évaluer la hauteur de cette cloison à un centimètre et demi ; ce sont des observations rares comme nous l'avons déjà dit. Sur deux cent trente-trois individus examinés chez lesquels nous avons fait cette recherche, nous l'avons trouvé une fois chez un crétin de dix-huit ans. Il serait imprudent d'affirmer que le cloisonnement est une malformation réservée à cette catégorie de malades. Notons que le sujet en question était exempt de malformations craniennes et faciales (observation XI).

Petit cloisonnement. — Pour qu'il y ait division du naso-pharynx dans sa partie supérieure, la cloison n'a pas besoin d'avoir une grande hauteur ; il suffit qu'elle ait encore en arrivant sur la paroi postérieure à peine un demi centimètre, et qu'elle divise la voûte du pharynx en deux récessus.

Sur des moulages du naso-pharynx que nous avons effectués comme contrôle de nos observations, la cloison se présente de la façon suivante : au dessus du voile du palais on trouve à la partie inférieure des choannes le bord postérieur du vomer mince et tranchant. Ce bord se dirige sous forme



Reproductions de moulages du naso-pharynx des observations VIII et X montrant la cloison qui divise la partie supérieure du pharynx.

A la partie inférieure des figures : le voile du palais. A la partie supérieure : la paroi postérieure du pharynx. En noir : les récessus séparés par la prolongation de la cloison. A droite et à gauche, les bourrelets tubaires.

d'une ligne courbe en haut et en arrière et après un trajet de un centimètre environ il s'épaissit pour venir se terminer sur la paroi postérieure sous forme de deux arcs-boutants assez nets séparés par une épaisseur d'environ cinq millimètres ; absolument comme d'un chapiteau de colonne gothique partent les nervures de la voûte.

La partie supérieure du pharynx est formée de deux petites cavités siégeant de chaque côté de la cloison. Il est presque toujours de règle de trouver l'un de ces culs-de-sac plus large ou plus profond que l'autre. Un cloisonnement de cette nature est suffisant pour empêcher un curettage complet du cavum et entraîner, par suite, des résultats moins satisfaisants après cette opération (observation XXV et XXVI).

On pourra nous objecter que dans ces cas moins accentués le prolongement de la cloison n'a rien d'anormal et qu'il arrive souvent que le bord postérieur du vomer traverse le naso-pharynx pour se terminer sur la paroi postérieure. En effet, c'est fréquent, nos pourcentages le montreront. Mais dans la plupart des pharynx dits normaux, la cloison ne gagne pas la partie postérieure ou si elle l'atteint c'est pour venir s'y terminer avec une hauteur insignifiante.

*
* *

C'est pour mémoire que nous signalons l'inclinaison accentuée du bord postérieur du vomer sans cloisonnement du naso-pharynx. Ce bord postérieur, est très rarement vertical il peut être plus ou moins long, sans cependant cloisonner le pharynx. Nous devons dire qu'entre cette forme et les précédentes la différence est quelquefois peu importante et c'est alors une question d'appréciation personnelle.

III

Quelques cas particuliers du cloisonnement du naso-pharynx

Végétations adénoïdes dans un pharynx présentant une cloison médiane

Dans un pharynx divisé par la prolongation du septum on peut rencontrer des végétations. Elles sont situées de différentes façons par rapport à cette cloison.

1°) Au-dessous de la cloison. Les végétations siègent normalement sur la paroi postérieure du pharynx et au-dessus le cavum est divisé par la cloison, mais sans masses de tissu adénoïde (observation XVIII).

2°) A droite et à gauche de la cloison. On sent par le toucher la crête médiane et les deux culs-de-sac droit et gauche sont comblés par de petites masses de tissu adénoïde : ce sont des végétations rétrochoanales. Il n'existe pas de végétations sur la paroi postérieure soit que le sujet ait été adénoïdectomisé soit qu'il en ait toujours été exempt.

Il est évident que si l'on opère avec une curette on ne ramènera pas ces végétations à moins que l'instrument n'entame le prolongement de la cloison et ne le fasse sauter. Dans le cas contraire on rabotera avec la curette le prolongement septal et la masse adénoïdienne siégeant dans les culs-de-sac ne sera attaquée que dans la limite où elle débordera la cloison pharyngée. L'opération sera incomplète. Plus la cloison aura de hauteur, plus importantes seront les masses adénoïdes laissées intactes et moins le résultat opératoire sera satisfaisant (observation XXVIII).

Un toucher pratiqué systématiquement après chaque adénotomie rendrait compte de ces interventions incomplètes. Il faut, dans ces cas, faire un toucher aussi aseptique que possible après désinfection soigneuse de la main.

Le professeur Worms admet dans son rapport au Congrès de la Société Française d'oto-rhino-laryngologie de 1927, que le trajet du courant aérien inspiratoire après avoir suivi la voie du méat moyen gagne la voûte du cavum : il n'est donc pas impossible qu'un obstacle même peu important siégeant à ce niveau soit une gêne à une bonne perméabilité des voies respiratoires supérieures. On voit des enfants opérés de végétations dont la respiration nasale reste peu satisfaisante et chez lesquels deux petites masses de tissu adénoïde restées à la partie supérieure du pharynx apportent seules une gêne au passage du courant aérien (observation XXV).

3°) A droite, à gauche et au-dessous de la cloison. On peut trouver des végétations non seulement à droite et à gauche de la cloison, mais sur la paroi postérieure du pharynx, et aussi sur la partie inférieure de la cloison ; celle-ci disparaît alors dans le tissu adénoïde et il faut insister au toucher pour la découvrir sous l'épaisseur des végétations. Dans ce cas l'opération habituelle à la curette ramènera des fragments adénoïdes mais on ne curettera pas le haut du pharynx si l'on a pas détruit préalablement le septum naso-pharyngé (observation XVI).

Signalons aussi qu'au cours d'une adénotomie à la curette de Lermoyez il arrive quelquefois que l'opérateur ne puisse pas faire remonter l'instrument derrière le voile du palais autant qu'il l'aurait désiré; il sent une résistance qui empêche le mouvement ascensionnel. Nous avons constaté dans quelques cas que cet obstacle était dû uniquement à un prolongement de la cloison nasale dans le pharynx.

***

Gros bourrelet tubaire dans un pharynx présentant une cloison médiane

Le bourrelet tubaire développé exagérément comme on peut le rencontrer dans un pharynx normal, vient ici presque au contact du prolongement du septum, emplissant ainsi un des culs-de-sac du pharynx. On observe quelquefois, dans ce cas, des signes d'obstruction tubaire et même des symptômes d'otite moyenne purulente chronique (observations XIX et XXIV).

Il serait peut-être téméraire de rattacher, de parti pris, ces lésions auriculaires à la présence de la cloison ; cependant rien ne s'oppose à envisager cette hypothèse. Remarquons aussi qu'un gros bourrelet tubaire accompagné d'un prolongement important du septum nasal peut être une cause de mauvaise perméabilité de la fosse nasale correspondante (observation XX).

*
* *

Cloisonnement dans un petit pharynx

On peut observer un cloisonnement dans un pharynx ne présentant aucune formation pathologique, mais seulement rétréci dans son ensemble ou bien dans des pharynx profonds et étroits. Et de même que des végétations de volume moyen gênent peu ou

respiration dans un grand pharynx, une cloison importante dans un pharynx spacieux n'apportera aucun trouble. Mais une cloison haute et épaisse peut être une cause d'obstacle au courant aérien dans un pharynx de petite dimension.

Ces cas seraient à classer dans la catégorie des faux adénoïdiens (observations VII et XII).

IV

Statistique

Nous n'avons pas la prétention d'établir un pourcentage précis des divisions du naso-pharynx par le septum. Nous voulons seulement montrer dans quelle proportion la cloison nous a paru se prolonger anormalement dans le pharynx chez les sujets que nous avons examinés.

Nous avons éliminé tous les cas douteux pour ne garder que ceux ou le toucher donnait des renseignements précis. Nous avons même examiné à six mois d'intervalle les mêmes enfants à la maison d'Yvetot, qui fut notre premier champ d'étude, nous demandant si la forte proportion des cas que nous y avions trouvés n'était pas due à une mauvaise interprétation où à une technique défectueuse des examens. Il est à noter que dans cette statistique nous ne tenons compte que des sujets examinés en série systématiquement dans ce but. Les cas isolés qui ont pu se présenter à la consultation ou à la clinique n'ont pas été retenus.

Nous avons pu, grâce à l'obligeance du docteur Payenneville, dermatologiste des hôpitaux de Rouen, pratiquer une série d'examens chez des spé-

cifiques héréditaires. Nous n'avons pas cru devoir les rapporter spécialement, les pourcentages, dans ces cas, n'offrant rien de plus particulier.

A l'Ecole de perfectionnement d'Yvetot pour les arriérés : 35 examens : 12 cloisons dont 9 où le cloisonnement existait seul et 3 chez des sujets ayant été opérés, il y a un an, de végétations adénoïdes dans le service oto-rhino-laryngologique de l'Hospice-Général de Rouen et chez lesquels le cloisonnement persistait avec végétations à droite et à gauche dans les récessus.

A l'asile de Grugny (S.-Inf.), pour les crétins : 40 examens : 16 cloisons, dont un adulte avec une cloison absolument typique, divisant le naso-pharynx dans toute sa hauteur et 2 enfants présentant de grosses végétations à droite et à gauche du cloisonnement.

Au préventorium de Canteleu (S.-Inf.), enfants normaux ; 58 examens ; 15 cloisons divisant le naso-pharynx dont 3 avec végétations adénoïdes dans les récessus.

Dans une école communale de la ville de Rouen ; 100 examens : 30 cloisons divisant le naso-pharynx.

En résumé, pour des sujets anormaux, 75 examens : 28 cloisons et pour des sujets normaux, 158 examens : 45 cloisons.

Nous tenons à remercier ici M. le Docteur Jacob, Médecin-Chef de l'Ecole départementale de perfectionnement d'Yvetot M. le Docteur Ribes Médecin de l'Etablissement départemental de Grugny et M. le Docteur Angéli, Médecin du préventorium de Canteleu. pour l'amabilité avec laquelle ils nous ont ouvert les portes de leurs établissements et pour l'aide qu'ils nous ont apportée au cours de nos recherches.

V.

Diagnostic du cloisonnement du naso-pharynx

Il n'existe, à notre avis, qu'un seul moyen de diagnostic certain et facile, c'est le toucher, les autres sont des moyens acessoires.

Le toucher. — Il est en général critiqué, on lui reproche d'être brutal et désagréable. Nous ne contesterons pas ce dernier qualificatif mais il faut reconnaître à l'opérateur une large part dans ces désagréments plus qu'à l'acte proprement dit ; et nous croyons que même chez des adultes prévenus de ce qu'on va faire, quand on a au besoin anesthésié localement le voile et la paroi postérieure du pharynx on peut pratiquer un toucher qui n'est pas en général mal supporté. Nous n'avons pas l'intention de donner ici une technique de cette manœuvre ; mais nous rappellerons quelques conseils trop souvent négligés qui sont la cause d'un toucher insuffisant et par suite d'interventions incomplètes.

Il faut d'abord que le sujet soit assis et bien immobilisé. Le toucher est beaucoup plus aisé quand quelqu'un d'étranger à la famille du patient peut seconder le médecin ; à son défaut, la personne qui accompagne le malade lui prend les mains sans serrer brutalement mais en les maintenant bien. L'opérateur ayant introduit l'index dans la bouche le fait passer aussi légèrement que possible derrière le voile; puis il remonte le doigt dans le pharynx et le porte assez haut pour atteindre la voûte. Beaucoup de touchers ne vont pas jusque-là. Sentant seulement derrière le voile sur la paroi postérieure la masse adénoïdienne recherchée, on ne se donne pas la peine d'explorer le reste du pharynx pensant que la curette s'en chargera au moment de l'opération ou bien parce que le patient est récalcitrant. Ce sont de mauvais procédés. Un bon toucher doit d'abord faire sentir la partie postérieure de la cloison en la suivant en arrière et lorsqu'elle paraît se prolonger dans le pharynx de façon anormale on explore avec le doigt à droite et à gauche pour s'assurer de la liberté des cavités ainsi formées ou bien de la présence de végétations adénoïdes dans les récessus. On se rend compte en un clin d'œil de l'état des bourrelets tubaires et des queues de cornets.

Quand l'opérateur a pratiqué un bon toucher voici ce qu'il sent en cas de prolongement anormal de la cloison : en suivant le bord postérieur du septum qu'il trouve immédiatement au-dessus du voile du palais, il est guidé par cette crête jusqu'à la paroi

postérieure du pharynx, chose assez fréquente même avec une cloison normale ; ce qui est particulier dans les cas que nous étudions, c'est que cette lame possède encore une certaine hauteur quand elle arrive sur la paroi postérieure du pharynx et qu'à droite et à gauche existent deux culs-de-sac formant la partie supérieure du pharynx divisée par le septum. Nous ne saurions mieux comparer l'impression que ressent alors le doigt qui touche, qu'à celle éprouvée, si pratiquant un toucher pharyngien on introduit l'index dans les choannes. Les deux sensations sont identiques, mais dans un cas le doigt est tenu verticalement et dans l'autre il est recourbé en crochet pour atteindre la partie postérieure des fosses nasales, et il suffit d'insister pour atteindre l'extrémité des cornets. Nous avons quelquefois, pour éviter autant que possible les causes d'erreurs, commencé le toucher par la paroi postérieure du pharynx pour être bien sûr d'y trouver la cloison ; les résultats sont identiques.

Il faut se mettre en garde contre certaines fautes d'interprétation que nous avons pu relever grâce à des moulages du pharynx pratiqués sur le vivant : une cloison qui semblera avoir au toucher une hauteur de plus d'un centimètre n'a en réalité qu'un demi centimètre ; l'index exagère en général les sensations perçues dans le cavum. Une autre cause d'erreur réside dans l'inclinaison donnée à la tête du sujet que l'on touche. Il faut lui laisser sa position naturelle sans la porter en extension ; dans ce dernier

cas, le doigt remontant verticalement derrière le voile trouve non plus le cavum mais les choanes et sent une cloison qui peut faire croire à un cloisonnement du pharynx alors qu'il n'en existe pas.

La rhinoscopie postérieure. — Devrait être à première vue, le procédé de choix pour diagnostiquer un cloisonnement du naso-pharynx, or elle ne peut servir que de moyen accessoire.

En effet lorsqu'on a sur le miroir l'image du pharynx, c'est sur un plan une image de profondeur et il est très difficile de se rendre compte de cette dimension. On voit la cloison, mais quant à lui attribuer une hauteur ce n'est pas possible. De plus, en suivant sur le miroir le bord postérieur du vomer, il n'est pas facile d'orienter la ligne que forme cette crête par rapport au pharynx ; on ne saurait préciser si l'on voit la voûte du cavum ou la paroi postérieure.

Les erreurs de volume sont aussi fréquentes et plusieurs spécialistes après avoir diagnostiqué des végétations adénoïdes par la rhinoscopie postérieure font ensuite un toucher pour se rendre compte de l'épaisseur de la masse ainsi décelée.

La pharyngoscopie est un moyen de diagnostic mais il n'est applicable, en général, que chez l'adulte et ce sont surtout des enfants que l'on amène consulter pour troubles respiratoires.

De plus, le pharyngoscope incomparable pour explorer un pharynx en détail est moins pratique pour

en donner une vue d'ensemble. Cependant c'est un procédé élégant et indolore, il est à employer pour faire le diagnostic négatif, mais s'il montre un prolongement anormal de la cloison, le toucher complétera utilement l'examen.

Le moulage du pharynx. — Nous demandant si nos diagnostics de prolongement de la cloison n'étaient pas des erreurs d'interprétation et ayant lu dans les annales d'oto-rhino-laryngologie de 1894, qu'Hopmann avait pratiqué des moulages du pharynx, nous avons essayé de l'imiter.

Le moulage est le meilleur procédé pour se rendre compte de la forme et des dimensions d'un prolongement septal dans le pharynx. Il met sous les yeux toute la configuration de cet organe. Malheureusement, il ne peut pas entrer dans la pratique car il est impossible de faire subir les désagréments d'une empreinte afin de satisfaire seulement sa curiosité. Nous en avons pratiqué une dizaine comme contrôle de quelques observations. Voici comment nous procédons.

Nous nous servons de cire à empreinte qu'emploient les stomatologistes. Après l'avoir ramollie dans l'eau chaude, nous y incorporons l'extrémité d'un fil de soie solide, dont l'extrémité libre aura trente centimètres. Nous recouvrons notre index de cette cire, formant un capuchon jusqu'à la première phalange, en ayant soin d'en mettre une épaisseur plus importante à l'extrémité, et au contraire

autour du doigt une légère couche pour n'en pas augmenter exagérément la circonférence. Il faut avoir à portée de sa main le récipient d'eau chaude préparé à côté du sujet dont on veut prendre l'empreinte. Nous y laissons tremper le doigt recouvert de cire à laquelle pend le fil de soie. Puis, rapidement, nous opérons comme pour un toucher ordinaire en faisant passer l'index et son enveloppe de cire molle derrière le voile. Nous appuyons fortement sur la partie supérieure et postérieure du pharynx pour faire filer la cire dans les recessus, nous basculons l'index à droite et à gauche pour avoir l'empreinte des bourrelets tubaires, puis nous retirons le doigt du pharynx. La cire vient avec lui généralement ; dans le cas contraire, il suffit de tirer sur le fil et l'empreinte détachée est ramenée hors de la cavité buccale. Il n'y a plus ensuite qu'à mouler dans un bain de plâtre cette empreinte négative pour avoir la reproduction exacte du naso-pharynx.

VI

Traitement

Nous avons vu que le septum du pharynx était souvent une cause d'insuccès opératoire et de troubles pathologiques. Dans ces cas, il sera donc préférable de le supprimer. Mais cette intervention n'est justifiée que si, avec un prolongement de la cloison, on se trouve en présence d'un des phénomènes pathologiques que nous avons signalés : végétations rétrochoannales, gros bourrelets tubaires, petits pharynx et cloisons épaisses.

Jusqu'à ces vingt dernières années, les discussions étaient fréquentes parmi les laryngologistes sur la technique à employer pour faire l'ablation des végétations : les uns étaient partisans de la pince, d'autres de la curette de Lermoyez, d'autres enfin de la méthode mixte.

C'est cette dernière qu'il faut employer pour curetter un pharynx présentant un cloisonnement. Mais notre raison de procéder est différente de celle

qui guidait les partisans de cette méthode : en effet, la pince était utilisée pour éviter la chute de fragments dans le larynx ; elle était aussi employée pour l'ablation des végétations rétrochoannales, précisément notre cas, mais il était recommandé de ne pas toucher au bord postérieur du vomer, de crainte d'hémorragie. On ne conçoit pas très bien alors comment ces pinces à mors épais pouvaient manœuvrer dans le faible espace compris entre le vomer et la paroi latérale du pharynx. L'opération faite à la pince était achevée ensuite à la curette pour être certain de ne pas oublier de masse adénoïde. Notre technique sera différente. Voici la façon de procéder : après anesthésie générale, ou locale, par pulvérisation intra-nasale de butelline à dix pour cent, qu'on complète par des attouchements au porte-coton imprégné de liquide de Bonain, une pince de Chatellier est introduite par voie buccale derrière le voile, elle est alors ouverte et portée le plus haut possible, puis basculée en avant à l'inverse de ce qu'il faut faire pour enlever les végétations avec cet instrument. En fermant les mors de la pince dans cette position, ils ont saisi l'extrémité postérieure du vomer presque dans les fosses nasales ; l'opérateur leur imprime alors un mouvement de torsion, au même moment il perçoit un craquement osseux. Il retire l'instrument qui ramène la partie ainsi sectionnée. Il vaut mieux, si la cloison paraît importante, faire une seconde prise un peu plus postérieure. L'opération est ensuite

achevée à la curette comme d'habitude. (Observations XV, XXV, XXVI).

Ou bien la pince a enlevé toute la lame osseuse, ou bien elle y a créé une encoche dans laquelle s'engage la curette, lui permettant de faire sauter comme avec un rabot ce qui reste du septum. La première éventualité est la meilleure, car il nous est arrivé d'employer une fois une pince trop faible, et nous avons accroché avec la curette ce qui restait de la cloison ; à chaque tentative de curettage, nous sentions un ressaut anormal donnant l'impression d'une exostose. (Obs. XXIII).

Il est recommandé, afin d'éviter des complications hémorragiques, de ne pas basculer la pince trop en avant, pour ne pas faire pénétrer les mors de l'instrument dans les fosses nasales mêmes ; on risquerait ainsi de léser des rameaux importants de l'artère sphéno-palatine.

Les suites opératoires ne sont pas plus compliquées que normalement et nous n'avons pas observé d'hémorragie, immédiate ou secondaire. Nous avons systématiquement, chez nos opérés, pratiqué un toucher aussitôt après l'intervention en prenant des précautions d'asepsie et nous avons répété cet examen quinze jours ou trois semaines après pour nous assurer de la liberté du cavum. Certains laryngologistes, des Américains surtout, reprenant et transformant les premiers procédés opératoires, opèrent actuellement des végétations presque à ciel ouvert en relevant le voile du palais et en mettant la

tête en hyperextension : ils exécutent ainsi l'adénotomie sous le contrôle du miroir. Si ce procédé ne faisait pas d'une intervention simple une opération un peu plus compliquée, il serait à appliquer plus couramment et en particulier pour les cas que nous étudions.

VII

Observations

Nous rapportons trente observations dont vingt-quatre personnelles (VII à XXX) et six extraites de communications publiées (I à VI). Parmi les personnelles s'en trouvent une bonne partie recueillies par le Docteur Helot de Rouen tant dans son service hospitalier qu'à sa consultation.

Les observations personnelles seront classées dans l'ordre suivant :

Pharynx divisés par une cloison sans rien d'autre de pathologique (VII à XV).

Pharynx divisés par une cloison chez des individus porteurs de végétations adénoïdes ou d'autres manifestations pathologiques (XV à XXV).

Pharynx divisés chez des individus adénoïdectomisés antérieurement et présentant des végétations laissées intactes à droite et à gauche de la cloison. (XXV à XXX).

Dans ces deux derniers groupes, le lecteur trouvera des observations de sujets chez lesquels nous avons fait un curettage complet du cavum en pratiquant l'ablation du prolongement de la cloison.

OBSERVATION I

Helme (Société française de laryngologie, 14 mai 1895) : « J'ai observé trois cas d'hémorragie secondaire à l'ablation des végétations ; dans le premier, l'hémorragie survint quinze heures après l'intervention. On avait ramené avec la curette une petite crête osseuse triangulaire à bord mousse. Il ne s'agissait évidemment pas du cornet, la curette n'étant pas remontée jusque là ».

OBSERVATIONS II ET III

Helme (Société française de laryngologie, 14 mai 1895)

« Dans la deuxième observation, le même fait se produisit. Si bien que la troisième fois on put prédire l'hémorragie qui se produisit en effet dans la nuit qui suivit l'intervention. Nous avons, de concert avec M. Lermoyez, entrepris des recherches sur le cadavre pour reconnaître le siège de cette saillie anormale de la voûte pharyngée.

S'agit-il du tubercule pharyngien ayant atteint un développement exagéré ou bien se trouve-t-on en présence d'une anomalie de la cloison ? Celle-ci se prolonge chez les ruminants jusque dans le cavum qu'elle divise en deux parties. A-t-on à faire ici à un vestige de cloison se prolongeant anormalement en arrière ? »

OBSERVATION IV

Docteur Lichtwitz (*Archives de laryngologie*, 1897)

« Le trente-et-un janvier 1895, se présente à nous une jeune fille de douze ans, qui offrait tous les signes probables de végétations adénoïdes... Nous pratiquons le toucher digital. Cet examen nous fait reconnaître la présence de végétations adénoïdes de grosseur moyenne dont nous conseillons l'ablation. Celle-ci est pratiquée dans les premiers jours de février sous bromure d'éthyle avec le pharyngotonsillotome de Schültz. En faisant jouer le couperet de l'instrument, nous percevons un grincement et nous sommes arrêtés par une résistance anormale que nous ne pouvons vaincre qu'avec grand effort. La lame et les tiges conductrices de l'instrument sont retirées faussées. A l'examen de la masse adénoïde enlevée, nous pensions trouver un calcul tel qu'on en rencontre parfois dans les amygdales palatines. Mais nous vîmes englobée au milieu des végétations une crête osseuse triangulaire, longue de un centimètre, large de cinq millimètres, dont la base se trouvait au niveau de la section de la glande de Luschka... L'examen microscopique a donné les résultats suivants : Le débris osseux a l'aspect d'un triangle isocèle, il traverse les végétations sans y adhérer. Il mesure un centimètre de long sur un demi-centimètre de large. A l'examen histologique, après ramollissement dans l'acide picrique concentrée, on voit qu'il est constitué en totalité par de l'os vrai, spongieux, sans trace de cartilage ni de substance fibreuse. On ne trouve en aucun point, dans l'intérieur de cet os, de trace de végétations adénoïdes.

OBSERVATION V

Communication du Docteur Roure, de Valence (Société française de laryngologie, 1907) :

Une fillette de huit ans, opérée depuis deux mois de végétations adénoïdes, par un médecin lyonnais, est amenée dans mon cabinet pour les motifs suivants : tous les matins, cette enfant se réveille avec du sang dans la bouche et de la fétidité de l'haleine ; dans la journée, il arrive quelquefois que sa salive présente quelques stries sanguinolentes ; de temps en temps aussi les sécrétions nasales sont teintées de sang. Cet état de choses s'est manifesté environ une huitaine de jours après l'ablation des végétations adénoïdes.

Le toucher digital pratiqué me fait percevoir une crête osseuse, dénudée et irrégulière à sa partie la plus élevée ; son siège est approximativement celui de l'amygdale de Luschka au sommet du cavum. Il n'est pas douteux qu'un éperon osseux ait été sectionné d'un coup de curette au cours de l'ablation des végétations adénoïdes. On n'a pu me donner aucun renseignement sur la consistance du fragment enlevé ».

OBSERVATION VI

Mackensie (signalée dans Sieur et Jacob)

Elle décrit le prolongement du septum jusqu'à la paroi postérieure du pharynx.

OBSERVATION VII

Le 27 septembre 1927, Alice M..., âgée de sept ans, vient consulter à la clinique du Docteur Hélot, pour mauvaise perméabilité nasale remontant à sa naissance. A l'examen elle présente un pharynx tapissé de granulations et une voûte palatine ogivale. La rhinoscopie antérieure montre des cornets inférieurs un peu hypertrophiés, des fosses nasales encombrées de sécrétions muqueuses. La cloison nasale est normale. La rhi-

noscopie postérieure n'a pas pu être pratiquée. Nous faisons un toucher : le naso-pharynx est très petit, à voûte surbaissée ; le doigt rencontre immédiatement une cloison haute de cinq millimètres et épaisse. Nous ne constatons pas la présence de végétations, mais la muqueuse est granuleuse et épaissie. Etant donné l'importance de la cloison par rapport au naso-pharynx, nous pensions en faire l'ablation après traitement médical du catarrhe nasal. L'intervention n'a pas été acceptée par la famille.

OBSERVATION VIII

Le 10 octobre 1927, Julienne C..., âgée de seize ans, est amenée à la consultation de laryngologie de l'Hospice-Général de Rouen, pour angines fréquentes. L'examen de la gorge montre des amygdales énormes. La rhinoscopie antérieure ne révèle rien de spécial. A la rhinoscopie postérieure, on voit un pharynx qui paraît de grande dimension et le bord postérieur du vomer semble s'y prolonger assez loin ; mais la fillette se prête mal à l'examen. Le toucher fait sentir un pharynx extrêmement profond et large, divisé par une cloison d'environ 1 cm. de haut ; elle se prolonge nettement jusqu'à la paroi postérieure. A droite et à gauche, les récessus sont profonds, on n'y constate pas la présence de végétations adénoïdes. (Figure supérieure de la page 17).

Le rendez-vous est pris pour l'ablation des amygdales, mais à cause de l'absence de troubles respiratoires, nous ne nous sommes pas cru autorisés à intervenir sur la cloison pharyngée.

OBSERVATION IX

André O..., dix-huit áns, examiné à l'Ecole d'Yvetot pour les arriérés, en septembre 1927, présente à l'examen une voûte palatine, très ogivale ; les fosses nasales sont normales. Au toucher, on sent un pharynx très profond en forme d' « entonnoir » avec un cloisonnement ayant à peu près cinq millimètres de haut. Cette cloison, suivie par le doigt, redescend comme un cintre sur la paroi postérieure du pharynx. Les récessus droit et gauche sont profonds ; on atteint à peine leur partie supérieure avec l'index.

OBSERVATION X

Marcel S..., âgé de vingt-deux ans, pensionnaire de l'Etablissement départemental de Grugny, examiné en janvier 1928, est un dolicocéphal. Il présente une voûte palatine ogivale. A la rhinoscopie antérieure, la cloison est déviée du côté gauche. Le toucher du pharynx fait sentir un septum qui a une hauteur de plus d'un centimètre. Le sujet étant très docile, un moulage du pharynx est pratiqué (Figure inférieure de la page 17).

OBSERVATION XI

René L..., âgé de dix-huit ans, pensionnaire de l'établissement départemental de Grugny. Examiné en janvier 1928, ne présente rien de spécial à l'examen direct ; aucune malformation cranienne ou faciale apparente. Il est atteint de cécité depuis sa naissance, ce qui le rend très craintif. Le toucher pharyngien fait sentir chez lui une cloison absolument typique, siégeant immédiatement au-dessus et en arrière du voile

du palais ; elle donne l'impression d'avoir presque dans le pharynx sa hauteur choannale. Deux culs-de-sac profonds, dépourvus de végétations, forment le naso-pharynx à droite et à gauche de cette cloison. Nous aurions voulu faire un moulage de ce pharynx qui a été le seul de ce genre que nous ayons rencontré, mais le patient déjà effrayé par le toucher n'a pas montré l'immobilité nécessaire pour prendre une empreinte. C'est le seul cas au cours de nos examens, où nous ayons trouvé un naso-pharynx divisé ainsi dans toute sa hauteur.

OBSERVATION XII

Gaston B..., âgé de quatorze ans, vient consulter le Dr Hélot, au mois d'août 1927, avec le diagnostic de végétations adénoïdes. Il se plaint de gêne respiratoire. A l'examen direct : pharynx normal, sans amygdales hypertrophiées. La fosse nasale gauche est rétrécie par un éperon de la cloison. L'examen otoscopique montre une myringite du côté gauche. La rhinoscopie postérieure n'est pas possible. Au toucher, on ne sent pas de végétations, mais un pharynx très étroit avec une cloison haute et assez large. L'ablation de cette cloison est décidée.

Avant de pratiquer l'intervention : anesthésie par une pulvérisation intranasale de butelline à 10 % et des attouchements au porte-coton avec du liquide de Bonain. La cloison est sectionnée à la pince en deux prises, donnant toutes les deux un craquement osseux. Un coup de curette médian ne ramène rien. Le toucher pratiqué aussitôt après, fait sentir une voussure, mais plus de crête ou de cloison dans le naso-pharynx.

L'opéré fut revu quinze jours après, sa perméabilité nasale était très améliorée.

OBSERVATION XIII

Rachel L..., âgée de trente ans, spécifique héréditaire, vient à la consultation du service de laryngologie de l'hospice général de Rouen, en novembre 1927. Elle présente à la rhinoscopie antérieure à gauche une déviation de la cloison. La rhinoscopie postérieure est difficile à faire, on voit mal le pharynx qui paraît large. Au toucher, on arrive immédiatement sur une cloison ayant plus d'un centimètre de haut, délimitant deux récessus, le gauche nettement plus grand que le droit. On n'y constate pas de végétations. C'est un des cas les plus caractéristiques que nous ayons observé.

OBSERVATION XIV

Emilienne H..., âgée de vingt-six ans, spécifique héréditaire, vue à la consultation de laryngologie de l'hospice général de Rouen en novembre 1927, présente un pharynx avec une cloison haute sans rien d'autre de spécial. Ayant eu l'occasion d'examiner son enfant âgé de huit ans, rien d'anormal ne fut constaté chez lui.

OBSERVATION XV

Germain D..., âgé de vingt-huit ans, vient consulter le Docteur Hélot le 10 février 1928 pour gêne respiratoire et coryzas fréquents. L'examen du pharynx ne montre rien de spécial, de même que la rhinoscopie antérieure. La rhinoscopie postérieure fait voir de grosses végétations paraissant siéger sur la paroi postérieure. Au toucher, on sent une masse adénoïde et en insistant on se rend compte que ces végéta-

tions tapissent une crête qui n'est autre que le prolongement de la cloison jusqu'à la paroi postérieure du pharynx. Cette cloison s'élargit très nettement à la partie postérieure pour former deux petits arcs-boutants. Dans les récessus droit et gauche, on sent des végétations peu importantes. Nous prenons un moulage du pharynx qui confirme notre diagnostic.

L'opération est décidée. Le jour fixé après anesthésie au liquide de Bonain, nous pratiquons avec la pince de Chatellier l'ablation de la cloison. Après deux prises successives, nous achevons l'opération à la curette qui ramène des débris adénoïdiens. Un toucher post-opératoire montre un pharynx absolument normal.

Le malade revu trois semaines après, a une perméabilité nasale parfaite.

OBSERVATION XVI

Hélène R..., âgée de dix-huit ans, est amenée à la clinique du docteur Hélot en novembre 1927 pour mauvaise perméabilité nasale et angines fréquentes. L'examen du pharynx nous montre des amygdales très hypertrophiées ; la voûte du palais est ogivale. L'examen nasal, à la rhinoscopie antérieure, ne révèle rien de spécial. La pharyngoscopie décèle dans le pharynx de grosses végétations. Le toucher fait percevoir, en effet, des végétations adénoïdes sur la paroi postérieure, recouvrant un prolongement de la cloison qui divise le cavum. A droite et à gauche de ce prolongement, nous trouvons également des petites masses de tissu adénoïde. Un moulage est pratiqué, il confirme notre diagnostic.

Nous voulons voir si une adénotomie faite simplement à la curette, mais en appuyant davantage, fera disparaître le cloisonnement et les végétations siégeant à droite et à gauche : Après l'amygdalotomie, nous pratiquons à la curette l'ablation

des végétations en faisant remonter l'instrument le plus haut possible : le coup médian en sectionne une grosse masse ; les autres ne ramènent rien. Le toucher pratiqué quelques minutes après nous montre que les végétations siégeant sur la paroi postérieure ont disparu, mais la cloison persiste et les récessus sont toujours occupés par une masse de tissu adénoïde.

Les végétations étant importantes, nous n'avons pas cru devoir intervenir ultérieurement sur le cloisonnement ; d'ailleurs, la malade fut améliorée. Nous nous reprochons cependant de ne pas avoir fait au moment de l'intervention une opération plus radicale en supprimant la cloison. Le résultat dans un temps éloigné aurait peut-être été plus satisfaisant.

OBSERVATION XVII

Joffre D..., âgé de onze ans, est amené à la consultation de laryngologie à l'Hospice-Général de Rouen en décembre 1927, pour gêne respiratoire. Il a un facies adénoïdien typique. A l'examen, nous constatons la présence de grosses amygdales venant au contact sur la ligne médiane, la voûte palatine est ogivale. La rhinoscopie antérieure permet de voir des végétations sur la paroi postérieure du pharynx. Le toucher fait sentir une grosse masse de végétations qui, plus haut, recouvre un prolongement de la cloison. A droite et à gauche de cette cloison, les récessus sont comblés par les végétations.

L'opération a lieu le vingt-six janvier. Nous faisons l'ablation des amygdales et avec la pince de Chatellier nous détruisons en deux prises la cloison pharyngée, en même temps que nous ramenons des végétations. L'opération est achevée à la curette. Un toucher post-opératoire montre un pharynx normal sans cloison et sans végétations.

OBSERVATION XVIII

Marcelle D..., âgée de huit ans, vient consulter en février 1928 dans le service de laryngologie de l'Hospice-Général de Rouen pour laryngite. Le larynx est normal, mais des sécrétions muco-purulentes descendent sur la paroi postérieure du pharynx. L'examen nasal montre un catarrhe assez prononcé. Au toucher, nous sentons des végétations sur la paroi postérieure du pharynx et plus haut un prolongement de la cloison divisant le cavum en deux cavités profondes. Celle de gauche est plus large, sans végétations dans les recessus. L'adénotomie est décidée. Elle est pratiquée le vingt-et-un février 1928 : avant le curettage du cavum, nous détruisons à la pince le prolongement de la cloison. Nous avons pratiqué cette intervention à cause de la rhinite, pensant qu'un pharynx sans recessus s'infecterait moins facilement. Nous avons revu la fillette trois semaines après ; le catarrhe nasal est très amélioré. Le pharynx ne présente ni cloison ni végétations.

OBSERVATION XIX

Georges D..., âgé de dix-huit ans, vient consulter le docteur Hélot en novembre 1927, pour otite moyenne purulente chronique gauche et diminution de l'audition du même côté. Dans l'enfance, il avait été atteint d'otite moyenne : l'ablation des végétations paraissait l'avoir amélioré. Il y a quelques années s'est installée une otorrhée gauche, soignée d'une façon très intermittente et sans résultat. La perméabilité nasale a toujours été mauvaise ; la respiration est presque exclusivement buccale. A l'examen, après nettoyage du conduit auditif, le tympan présente une large perforation. L'acuité auditive de l'oreille malade est très diminuée. L'examen de

la gorge ne révèle rien de spécial. Le nez est très mince. La rhinoscopie antérieure fait voir des fosses nasales étroites, sans lésions. La pharyngoscopie révèle un gros bourrelet tubaire du côté gauche. Au toucher, nous sentons un prolongement de la cloison divisant le cavum en deux recessus, le gauche plus petit en partie occupé par le bourrelet tubaire venant presque au contact de la partie inférieure de la cloison. Nous n'avons pas revu ce malade qui aurait vraisemblablement bénéficié d'une intervention sur la cloison pharyngée.

OBSERVATION XX

Victorine B..., âgée de onze ans et demi, vient consulter pour mauvaise perméabilité nasale et otalgie droite en décembre 1927. Le tympan de ce côté est de coloration rosée. A la rhinoscopie antérieure, nous voyons à droite une masse siégeant dans le pharynx que nous prenons pour des végétations adénoïdes. Au toucher, nous trouvons un très petit pharynx sans végétations, en partie comblé par les bourrelets tubaires : le droit surtout est très développé ; c'est lui qui, à la rhinoscopie antérieure, nous avait fait croire à la présence de végétaions adénoïdes. Le pharynx est divisé par la prolongation de la cloison venant presque au contact des bourrelets tubaires.

OBSERVATION XXI

Yvonne A..., âgée de vingt-sept ans, vue le 3 décembre 1927, se plaint de gêne respiratoire nasale. A la rhinoscopie antérieure, les fosses nasales ne présentent rien de spécial. La rhinoscopie postérieure montre un vomer paraissant se

prolonger exagérément dans le naso-pharynx. A droite et à gauche : queues de cornets.

Le toucher confirme le diagnostic : le bord postérieur du vomer presque horizontal divise le pharynx en deux recessus dont une partie est comblée pour la partie postérieure des cornets hypertrophiés.

Cette malade n'a pas été revue.

OBSERVATION XXII

Roger D..., âgé de dix ans, est vu le 3 décembre 1927 pour gêne respiratoire et otalgies fréquentes. Il respire manifestement par la bouche. A l'examen, les fosses nasales sont normales. Au toucher, on constate la présence de végétations sur la paroi postérieure et elles tapissent une crête divisant la partie supérieure du pharynx en deux recessus, comblés par des masses adénoïdes. L'opération est pratiquée huit jours plus tard. Après anesthésie locale à la butelline à dix pour cent, nous pratiquons à la pince l'ablation du prolongement de la cloison que nous faisons suivre d'un curettage du cavum.

L'enfant, revu un mois après, a une perméabilité nasale parfaite. L'otalgie qui s'était réveillée aussitôt après l'intervention est maintenant complètement guérie.

OBSERVATION XXIII

Elisabeth B..., âgée de dix-sept ans, est amenée à la clinique du docteur Hélot, le 5 janvier 1928, pour gêne respiratoire. L'examen direct ne montre rien de spécial. La rhinoscopie postérieure ne peut être faite. La pharyngoscopie fait voir à la partie supérieure du pharynx une masse de tissu

adénoïde. Le toucher fait sentir des végétations sur la paroi postérieure et englobée dans cette masse on perçoit nettement une cloison divisant le naso-pharynx, les recessus droit et gauche sont comblés par des végétations rétro-choannales.

L'opération est pratiquée huit jours après. Nous n'avions à notre disposition qu'une pince trop faible pour détruire la cloison. Nous avons voulu néanmoins l'employer. Mais, ayant agi insuffisamment sur le septum, à chaque coup de curette l'instrument accrochait et donnait absolument l'impression d'être arrêté par une exostose de la voûte. Nous avons curetté aussi soigneusement que possible les recessus avec la pince, mais l'intervention s'en est trouvée allongée et le résultat contrôlé par un toucher post-opératoire était moins satisfaisant que d'habitude.

OBSERVATION XXIV

Norbert L..., âgé de dix-sept ans, vient consulter le 2 février 1928 pour gêne respiratoire et otite moyenne purulente droite datant de plusieurs mois. L'examen montre de grosses amygdales ; rien de spécial à la rhinoscopie antérieure. Le pharyngoscope est arrêté dans le pharynx par une masse de tissu adénoïde. Le toucher fait sentir sur la paroi postérieure des végétations adénoïdes importantes et une prolongation de la cloison divisant le naso-pharynx ; du côté droit, le bourrelet tubaire, très développé, vient presque au contact du tissu adénoïde tapissant la cloison.

L'opération est pratiquée dix jours plus tard : Après anesthésie locale au liquide de Bonain, ablation à la pince en deux prises du prolongement septal, suivi d'un curettage du cavum avec la curette de Lermoyez.

Le jeune homme, revu un mois plus tard, présentait au toucher un pharynx exempt de végétations et sans cloison mé-

diane, le gros bourrelet tubaire subsistait seul. Dix jours après l'intervention, l'otorrhée avait cessé et ne s'est pas reproduite. La perméabilité nasale est bonne.

OBSERVATION XXV

Lucie L..., âgée de huit ans, vient consulter le 24 janvier 1928. Elle avait été opérée trois ans auparavant de végétations adénoïdes pour gêne respiratoire très prononcée. Les parents constatèrent après l'opération une légère amélioration de la perméabilité nasale, mais cependant l'enfant ne respirait pas complètement par le nez ; elle ronflait en dormant aussi bruyamment qu'avant l'intervention. Ce sont ces raisons qui engagèrent les parents à consulter de nouveau. L'examen du pharynx et la rhinoscopie ne montrent rien de spécial. La conformation de la voûte palatine et des fosses nasales est normale. Au toucher, on sent une prolongation de la cloison qui divise nettement le pharynx, délimitant à droite et à gauche deux cavités comblées par du tissu adénoïde.

Nous décidons l'opération qui a lieu quinze jours après. Nous faisons deux prises à la pince de Chatellier, l'une antérieure, l'autre postérieure, qui toutes les deux donnent un craquement osseux et nous achevons l'opération par un curettage du cavum.

Nous avons revu l'enfant le 13 février 1928 ; elle ne ronfle plus et sa respiration nasale est bonne ; au toucher, on sent un pharynx absolument libre.

OBSERVATION XXVI

Le 20 janvier 1928, le docteur Payenneville, dermatologiste des hôpitaux de Rouen, envoyait dans le service du doc-

teur Hélot Jeanne B..., âgée de dix ans, qu'il soignait pour Σ II. Elle avait été opérée de végétations adénoïdes il y a cinq ans et le résultat n'avait jamais été satisfaisant.

A l'examen : voûte palatine ogivale, pharynx encombré de mucosités. La rhinoscopie antérieure montre des cornets hypertrophiés et des sécrétions muco-purulentes abondantes. Au toucher, on sent un pharynx profond et étroit, sa partie supérieure est dédoublée par le prolongement de la cloison nasale ; à droite et à gauche on perçoit une masse de tissu adénoïde qui a échappé à la curette au cours de l'intervention précédente.

Une nouvelle opération est faite dix jours plus tard. Nous enlevons à la pince le prolongement de la cloison en même temps qu'une partie des végétations adénoïdes, une seconde prise ramène à nouveau des végétations. L'opération est achevée à la curette de Lermoyez. Le toucher pratiqué ensuite montre un pharynx dont la partie supérieure est libre. Un moulage du pharynx avait été pris avant l'intervention.

L'enfant, revue quinze jours après, est très améliorée au point de vue respiratoire.

OBSERVATION XXVII

Madeleine A..., de l'Ecole de perfectionnement d'Yvetot, âgée de cinq ans et demi, vue en novembre 1927, ne présente rien de spécial à l'examen direct.

Le toucher fait sentir un grand pharynx dont la partie supérieure est cloisonnée. A droite et à gauche de cette cloison, on trouve de petites végétations. L'enfant a été opérée par le docteur Hélot il y a deux ans, elle fut améliorée à la suite de cette intervention. Actuellement, la perméabilité nasale est bonne, malgré la présence de masses adénoïdes dans les recessus. Ce bon résultat est dû probablement à la grande dimension du pharynx.

OBSERVATION XXVIII

Albert B..., âgé de quinze ans, de l'Ecole de perfectionnement d'Yvetot, vu en novembre 1927, a été opéré il y a un an de végétations adénoïdes dans le service oto-rhino-laryngologique de l'Hospice-Général de Rouen. Il persiste une gêne respiratoire. Au toucher, on sent un petit pharynx avec un cloisonnement typique et de petites végétations adénoïdes dans les recessus. Cet enfant aurait bénéficié d'une intervention plus radicale.

OBSERVATION XXIX

René P..., de l'Ecole de perfectionnement d'Yvetot, âgé de douze ans, vu en novembre 1927, a été opéré il y a quelques mois de végétations adénoïdes à l'Hospice-Général de Rouen. Il présente un grand pharynx cloisonné avec des végétations du tissu adénoïde assez importantes à droite et à gauche de la cloison. Sa perméabilité nasale est bonne, probablement à cause de la grande dimension du pharynx.

OBSERVATION XXX

Marie L... a été opérée par nous de végétations adénoïdes le 21 janvier 1928. On sentait sur la paroi postérieure une grosse masse de végétations adénoïdes qui encombrait tout le pharynx et empêchait de sentir sa partie supérieure. Un toucher pratiqué après l'ablation des végétations fait sentir un cloisonnement du cavum avec recessus sans végétations rétro-choannales.

Nous ne sommes pas intervenus sur la cloison, ses dimensions par rapport au pharynx faisant prévoir qu'elle n'apporterait pas de gêne à la respiration nasale.

Conclusions

1° Le prolongement de la cloison nasale jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, divisant la partie supérieur du naso-pharynx en deux récessus, existe si souvent qu'on peut le considérer comme une variété morphologique et non comme une anomalie.

2° Avant de faire l'ablation des végétations adénoïdes, il est indispensable de pratiquer un toucher naso-pharyngien méthodique, n'ayant pas uniquement pour but de rechercher la masse adénoïde, mais aussi de se rendre compte de la forme du pharynx, de la présence d'un cloisonnement dans sa partie supérieure et de végétations rétro-choannales dans les récessus.

3° Le prolongement du bord postérieur du vomer jusqu'à la paroi postérieure du pharynx peut être la cause :

De curettages incomplets du cavum, au cours d'une adénotomie ;

De troubles respiratoires, si la cloison pharyngée est haute et épaisse et le pharynx petit ;

De troubles auriculaires, lorsque les bourrelets tubaires sont très développés, venant au contact de la cloison.

Remarquons que très souvent cette cloison n'occasionne pas de troubles pathologiques.

4° Le diagnostic de cloisonnement du naso-pharynx étant posé, c'est lui qui guidera dans le choix des instruments à employer pour une adénotomie.

Lorsqu'un prolongement septal dans le pharynx détermine les troubles que nous avons signalés, il faut en faire l'ablation avec la pince de Chatellier, suivie d'un curettage du cavum avec la curette de Lermoyez.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER. GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

CHARLETY.

Bibliographie des ouvrages consultés

Balme. — De l'hypertrophie des amygdales palatines, pharyngées, linguales.

Chauveau. — Anomalies du pharynx. — *Archives internationales de laryngologie*, Paris 1903.

Claoué. — L'instrument de choix pour la cure des végétations adénoïdes. — *Annales de laryngologie*, octobre 1903.

Dieulafé. — Les fosses nasales des vertébrés. — *Journal d'anatomie et de physiologie*, 1904-1905.

Escat. — Evolution et transformation anatomiques de la cavité nasopharyngienne. — Thèse de Paris, 1894.

Freer Otto. — Nouvelle méthode d'ablation des végétations adénoïdes à travers les fosses nasales. — *Archives internationales de laryngologie*, octobre 1906.

Glover. — Le développement de la cloison nasale et l'opération des végétations chez l'enfant. — Congrès Société française O. R. L., mai 1908.

Gossard et Kaufmann. — Complications des adénoïdectomies. — Rapport du congrès O. R. L., 1911.

Guillaume. — Sur les végétations adénoïdes du naso-pharynx. Leur diagnostic et leur traitement par le doigt. — *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1894, XIV.

Gradenigo. — Ablation des végétations adénoïdes. — *Archives générales de médecine*, Paris 1903.

Heckel. — Les queues de cloison. — *Revue hebdomadaire de O. R. L.*, 1906.

Helme. — Traitement des végétations adénoïdes. — Revue internationale de O. R. L., 1896. — *Pratique médicale*, Paris, 1896.

Helme. — Trois cas d'hémorragie secondaires à l'ablation des végétations adénoïdes. — Société française de laryngologie, 14 mai 1895.

Hopmann. — Sur les empreintes en plâtre de la cavité naso-pharyngienne supérieure. — *Annales de laryngologie*, 1894.

Lermoyez. — Toucher rhino-pharyngien. — *Annales de laryngologie*, 1894.

Lichtwitz. — Ablation d'une crête osseuse triangulaire avec les végétations adénoïdes. — *Archives de laryngologie*, 1897.

Mackenzie Dan. — Diseases of the throaf nose and ear.

Moldenhauer. — Traité des maladies des fosses nasales, des sinus, et du pharynx nasal, 1888.

Moure et Lafarelle. — Sur quelques particularités morphologiques du naso-pharynx au point de vue clinique. — *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1901.

Neveu. — La voûte palatine en ogive, ses causes, ses conséquences. — Thèse de Paris, 1905.

Poirier et Charpy. — Traité d'anatomie, tome V, fascicule 2.

Rémy. — Les fosses nasales. — Thèse agrégation, Paris 1878.

Roure. — Les anomalies osseuses du pharynx, leurs rapports avec l'adénotomie. — *Société française de laryngologie*, 1907.

Sieur et Jacob. — Recherches anatomiques sur les fosses nasales et leurs sinus, Paris 1901.

Trolard. — Région pharyngée de la base du crâne, étude anatomique. — *Journal d'anatomie et de Physiologie*, Paris 1899, XXXV.

Worms. — Rapport sur l'insuffisance respiratoire nasale. — *Société française O. R. L.*, congrès 1927.

Limoges, Imprimerie Commerciale PERRETTE